枚方市薬剤師会 おくすり事前チェック&相談シート

新規· 更新		_	年	月	日
事業所名					
担当者氏名	職種				
利用者氏名	年齢	性別 男	· 女		
疾患名					
生活状況 独居・同居・その他()			
介護度 申請中 要支援 (1	・2) 要介護 (1 • 2 • 3 • 4 • 5)		

① 服薬について ※該当する項目に〇印

1	薬を服用していますか	はい	いいえ	不明		
2	お薬手帳をもっていますか	はい	いいえ	不明		
3	2ヶ所以上の医療機関から薬をもらっていますか	はい	いいえ	不明		
4	薬のアレルギーはありますか	はい	いいえ	不明		
	「はい」の方 薬品名()		
5	主治医は本人の服薬状況を把握していますか	はい	いいえ	不明		
	(複数の医療機関を受診している場合)					
6	サプリメントを服用していますか	はい	いいえ	不明		
7	睡眠剤や精神安定剤を服用していますか	はい	いいえ	不明		
8	薬やサプリメントの飲み合わせをかかりつけ薬局の薬剤師に相談して	はい	いいえ	不明		
	いますか					
9	残っているお薬はありますか	はい	いいえ	不明		
10	服用している薬の名前と飲み方を記載してください シート・一包化・粉砕・その他()					

② 薬の管理と服用について ※該当する項目に〇印

1	薬の管理は誰がおこなっていますか 本人 家族 その他 ()
2	薬は指示通りの方法で服用できていますか	はい	いいえ
3	2で「いいえ」と答えた方へ 薬を飲めない原因は何にあると思いますか		
	・飲み込めない ・飲み込みにくい ・服薬拒否 ・飲み忘れる ・服薬確認がで	きていない	
	・服用回数や種類が多い ・その他()
3	利用者様は薬について疑問を抱く、または服用に不安を感じておられますか	はい	いいえ
4	利用者様は薬に関して相談できる相手がおられますか	はい	いいえ

③ もしかして服用薬が原因?気になる身体状況をチェックしてみましょう ※該当する項目に〇印

食事	食欲がない	食事量が減	少口が渇	<	 口が苦い	胃痛	味がわれ	からない		
	せきこむ	水分量(m 1 / 日)						
排泄	便秘気味	便が固い	下痢が続く	前	立腺肥大	口が渇く	だるい	尿量の	減少	
	汗をかかない	、 尿の色が	通常より濃い	ν (色)					
	夜間の尿の回	回数が多い	残尿感が	ぶある	多量の	発汗がある	(顔面蒼日	勻)		
睡眠	昼夜逆転	寝つきが思	悪い (興奮し	て眠れ	ない)	夜間トイ	レに起きた	と時にふら	つく	
	昼間、強い即	民気を感じる								
運動	つまずく 車	云倒しやすい	手先が震え	る .	ふらつく	力が入らな	· : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	力感があ	るだ	るい
認知	判断力低下	攻撃的な	態度	 歩行(す	 くみ足)		 欠低下	短其		書
☆日頃、何	可気なく服用	しているお	薬が身体に	大きな	影響を与	<u> えている</u>	ことがあ	<u>) ります。</u>		
気にな	ることは、ス	かかりつけ薬	逐剤師・薬	局に相	談してみ	ましょう。				
	****	***	***	***	****	***	***	***	7 \$ \$ \$ \$	744
		カゝカ	ゝりつけ薬剤	割師・	薬局 連携	隻シート				
								年	月	F
薬剤師名			薬局名				-			
薬剤	師からのアド	バイス・フィー	- ドバック					年	月	日
担当	者の気づき・	ケアプランへ	の反映					年	月	日
薬剤師の同行 FAX返送 事業所	行訪問または <u>†</u> 先	ナービス担当ネ	者会議等へ <i>の</i> 担当		希望します	ナか <i>[</i> <u>宛</u>	はい・	いいえ	• 要	相談
住所			TEI.							